

Winston-Salem/Forsyth County Schools

Autorización para la Administración de Medicamentos en la Escuela

Nombre del Estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Escuela: _____ Grado: _____ Año Escolar: _____

TO BE COMPLETED BY PHYSICIAN / MEDICAL PROVIDER

Prescribing Health Care Clinician: _____ Phone Number: _____

In order to keep this student in optimum health and to help maintain maximum school performance, it is necessary that this prescribed medication be given during school hours.

Check type of medication: Prescription Emergency/Rescue Over-the-Counter

Medication: _____ Dosage: _____

Time(s) medication is to be given at school: _____

NOTE: "Lunch time" may vary between 10:30am – 1:30pm

** If medication is to be given only as needed, please indicate specific circumstances when medication should be given: _____

Special instructions: _____

Side effects: _____

Emergency/rescue medications (inhalers, Epi-pens, insulin, glucagon) will be kept in the classroom with the student or may be kept by the student.

YES NO Student understands the use of his/her emergency medication and has been instructed how to self-administer such medication.

Signature of Physician/Medical Provider: _____ Date: _____

PARA SER COMPLETADO POR EL PADRE/MADRE O TUTOR LEGAL

Yo doy permiso a mi hijo(a), _____, para recibir el medicamento prescrito, antes mencionado, durante el horario escolar. Estoy de acuerdo en enviar el medicamento a la escuela en el envase original etiquetado por un farmacéutico y que tenga escrito en él: el nombre de mi hijo(a), el nombre del medicamento, la dosis(s) que debe de darse, y el tiempo y forma en que el medicamento debe ser administrado.

Yo libero al Sistema Escolar de Winston-Salem/Condado de Forsyth, al Consejo de Educación, y sus empleados y/o agentes de cualquier y toda responsabilidad que pueda derivarse por el consumo del medicamento prescrito para mi hijo(a) o por la pérdida del medicamento mientras éste se encuentre bajo la responsabilidad de mi hijo(a) en el escuela o en una actividad escolar.

Firma del Padre/ Madre o Tutor legal: _____ Fecha: _____

Número Telefónico del Padre/ Madre o Tutor legal: _____